

Usporedba samoprocijenjenog znanja o komunikacijskim vještinama i stavova prema depresivnim pacijentima između medicinskih sestara na odjelima psihijatrije, onkologije i kirurgije

Rinčić, Lucija

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:260878>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-02**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Lucija Rinčić

**USPOREDBA SAMOPROCIJENJENOG ZNANJA O
KOMUNIKACIJSKIM VJEŠTINAMA I STAVOVA
PREMA DEPRESIVNIM PACIJENTIMA IZMEĐU
MEDICINSKIH SESTARA NA ODJELIMA
PSIHIJATRIJE, ONKOLOGIJE I KIRURGIJE**

Završni rad

Split, 2017.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Lucija Rinčić

Usporedba samoprocijenjenog znanja o komunikacijskim vještinama i stavova prema depresivnim pacijentima između medicinskih sestara na odjelima psihijatrije, onkologije i kirurgije / Comparison in self-knowledge about communication skills and attitudes towards depressive patients among nurses in the departments of psychiatry, oncology and surgery

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentorica:

doc. dr. sc. Varja Đogaš, dr. med.

Split, 2017.

Zahvala

Veliko hvala mojoj mentorici doc. dr. sc. Varji Đogaš dr. med., na pomoći prilikom pisanja ovog završnog rada. Hvala Vam na ukazanom povjerenju, profesionalnoj pomoći i iznimnoj susretljivost i strpljenju!

Hvala prof. dr. sc. Ani Jerončić na stručnim savjetima i pomoći.

Hvala mojoj obitelji bez čije podrške danas ne bih bila ovdje gdje jesam!

Najveće hvala mojim roditeljima što su mi uvijek bili „vjetar u leđa“ i oslonac tijekom cijelog mog školovanja, što su vjerovali u mene, pružili mi razumijevanje i potporu, što su žrtvujući svoje „jučer“ omogućili moje sigurno „sutra!“

Hvala svim mojim dragim prijateljima na potpori!

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Etiologija duševnih poremećaja.....	2
1.2. Depresija.....	3
1.2.1. Depresivna epizoda.....	5
1.3. Stigmatizacija depresivnog bolesnika.....	5
1.4. Medicinska sestra u radu s depresivnim pacijentom.....	6
1.4.1. Komunikacijske vještine u radu s depresivnim pacijentom.....	8
1.5. Rehabilitacija psihijatrijskog bolesnika i njegovo vraćanje u svakodnevni život.....	9
1.6. Razvijanje znakova depresije kod pacijenata koji se liječe od drugih bolesti.....	11
1.7. Reakcija bolesnika na bolest.....	11
1.7.1. Faze žalovanja po Kübler-Ross.....	12
2. CILJ ISTRAŽIVANJA.....	14
2.1. Hipoteza.....	14
2.2. Glavni cilj.....	14
2.3. Specifični ciljevi.....	14
3. IZVOR PODATAKA I METODE.....	15
3.1. Ustroj istraživanja, ciljana populacija i metode sakupljanja podataka.....	15
3.2. Upitnik.....	15
3.3. Analiza podataka.....	16
4. REZULTATI.....	17
5. RASPRAVA.....	35
6. ZAKLJUČCI.....	41
7. LITERATURA.....	42
8. SAŽETAK.....	45
9. SUMMARY.....	46
10. ŽIVOTOPIS.....	47

Prilog 1.....	49
Prilog 2.....	55
Prilog 3.....	56
Prilog 4.....	57

1. UVOD

Kako navodi Svjetska zdravstvena organizacija (SZO): “Psihičko zdravlje definirano je kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, nosi se sa svakodnevnim i normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i pridonositi zajednici“ (1). Psihičko zdravlje važno je za normalno funkcioniranje pojedinca u okolini u kojoj živi. Na psihičko zdravlje može utjecati mnogo faktora od kojih su neki socijalni, psihološki ili biološki. Ono što također može utjecati na čovjekovo psihološko zdravlje su i socioekonomski uvjeti pojedinca ili pak stupanj obrazovanja. Mnogo je i drugih faktora koji za posljedicu mogu imati razvitak ove bolesti. Promjene u čovjekovom životu, diskriminacija na bilo kojoj osnovi, svađe u obitelji, svađe s prijateljima, tjelesno nasilje, maltretiranje na radnom mjestu, povreda ljudskih prava, oboljenje od neke teške bolesti, sve su to mogući uzroci koji potencijalno ugrožavaju psihološko zdravlje pojedinca. Ono što može uzrokovati psihološki distres je i sklonost samog pojedinca. To se naziva strukturom ličnosti, a ona spada u specifične faktore.

Poznato je da u svijetu više od 450 milijuna ljudi boluje od neke vrste psihičke bolesti ili psihičkih poremećaja u bilo kojem obliku. Istraživanja su pokazala da više od trećine ukupnog stanovništva Europe ima razvijen oblik neke psihičke bolesti, a Republika Hrvatska (RH) u tom ukupnom europskom udjelu čini 6 - 7%. Istraživanja dokazuju da od 4 oboljele osobe jedna pati od depresije. Udio od 75% oboljelih od depresije razmišlja o suicidu, a problem čini to što 10 – 15% ljudi na kraju i pokuša izvršiti samoubojstvo. Zanimljivo je to što su osobe koje pate od depresije uglavnom u radno aktivnoj životnoj dobi što dokazuje broj hospitalizacija koji je najveći upravo u dobi od 20 - 59 godina. Studije dokazuju iznimno visok udio pobola od depresije u ukupnoj svjetskoj populaciji. Istraživanja su pokazala kako je u RH više od 300 000 ljudi depresivno. Poražavajuće je da se takvi bolesnici radije odlučuju na šutnju nego da potraže pomoć stručne osobe. Činjenica je da živimo u društvu koje je puno predrasuda, sklono stigmatiziranju zbog čega su

osobe koje boluju od bilo koje vrste psihičke bolesti nerijetko potpuno izopćene iz društva u kojem se nalaze (2).

Depresija je postala javnozdravstveni problem. Trenutno je na četvrtom mjestu prema ukupnom svjetskom pobolu, a zabrinjavajuće je to što SZO smatra kako će do 2020. godine zauzeti prvo mjesto (1). Zbog niza faktora koji utječu na razvijanje depresivnih bolesti, a od kojih su neki upravo hormonalni, tendencija obolijevanja je dvostruko veća u žena. No, pozitivna strana ovog problema je ta što su žene uvijek spremnije na razgovor i na otkrivanje svojih osjećaja, stoga one puno češće potražuju stručnu pomoć za razliku od muškaraca (3).

1.1. Etiologija duševnih poremećaja

Prema dosadašnjim istraživanjima nemamo još uvijek dokaze zbog čega duševne bolesti nastaju i što je njihov pravi uzrok. Mišljenja je mnogo, a smatra se da je duševna bolest rezultat interakcije osobe s predisponirajućim i precipitirajućim čimbenicima. Predisponirajući čimbenici su oni koji osobu čine podložnom za razvoj duševnih poremećaja, a da bi se bolest razvila moraju biti prisutni duže vremena. Oni prethode kliničkim znacima psihičkog poremećaja (14). Precipitirajući čimbenici dolaze iz bolesnikove okoline. To su najčešće problemi za koje osoba ne vidi rješenje: razvod braka, dugovi, smrt u obitelji, svađe u obitelji, bolesti, konzumacija lijekova i dr. (18). Za nastanak bolesti vrijedi: što je predisponirajući čimbenik veći, precipitirajući čimbenik ne mora biti mnogo izražen. Predisponirajućim čimbenicima osoba može biti izložena tijekom cijelog svog života, a da se bolest ne pojavi, i obrnuto. Može im biti izložena jako kratko, a da bolest nastane. Suvremene studije pokazuju kako nastajanju psihičke bolesti mogu pridonijeti i genetski čimbenici, ali i oni organski i psihosocijalni. Stoga se patološka emocionalna stanja mogu prenijeti s roditelja na njihovo dijete. Važno je napomenuti da određena životna dob u kojoj se pojedinac nalazi može utjecati na razvoj bolesti. Također, i neka od vremenskih razdoblja u kojima pojedinac doživljava velike životne promijene zasigurno mogu biti uzrok. To su razdoblje adolescencije ili pak srednje životne dobi. Važna je i uloga spola, pa je poznato da je

kod žena dvostruko veća vjerojatnost nastanka duševnih poremećaja nego kod muškaraca (14).

1.2. Depresija

Depresija (lat. *deprimere*) potisnuti, potlačiti

“Potišteno duševno stanje, klonulost, osjećaj poniženja, pokunjenost, snuždenost, tjeskoba, utučenost, tupost, bezvoljnost“ (4)

Pojam “depresija“ označava poremećaj raspoloženja. Iako se promjene događaju uglavnom u raspoloženju, popratna pojava ove bolesti nerijetko se odvija i u drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama. Depresija je sinonim za sniženo raspoloženje. To stanje prate znatne promjene u čovjekovom ponašanju kao što su smanjena mogućnost sveukupnog razmišljanja, opažanja, ponašanja ili pak socijalnog funkcioniranja. Nije poznato zbog čega broj depresivnih osoba iz godine u godinu rapidno raste, no zabilježeno je da se od 1910. godine svakog desetljeća taj broj kontinuirano povećava i to mnogo više u razvijenim zemljama svijeta. Uzrok tome nije samo bolja dijagnostika u razvijenim zemljama, već je broj oboljelih dokazano veći (14).

Depresivne epizode ponavljaju se u gotovo 80% slučajeva, a depresija se najčešće javlja između 25. i 35. godine života, tj. u radno aktivnoj životnoj dobi.

Za raspoloženje možemo reći da je depresivno kada tuga i potištenost prelaze "normalne" okvire, tj. kada za to postoji opravdan razlog i kada takvi osjećaji bezvoljnosti i tuge traju dulje od dva tjedna u kontinuitetu. Već je poznato da ovakvo stanje predstavlja visok rizik za suicid, a kod depresivne epizode početak i kraj su najopasniji (3). Kako je već poznato, broj depresivnih osoba iz dana u dan raste, ali najveći problem predstavlja činjenica što od depresije obolijeva sve više i i više mladih ljudi (14).

Osim depresivnog raspoloženja poznata su još dva oblika depresije, u kojima govorimo o depresiji kao o bolesti: depresivni sindrom i depresivni poremećaj. Osnovne karakteristike depresivnog sindroma su depresivno raspoloženje i gubitak interesa i

uživanja. Osoba koja ima depresivni sindrom osjeća se nezadovoljno, tužnog je i “sniženog“ raspoloženja. U životu sve postaje potpuno negativno, i baš u ničemu osoba ne može vidjeti “svijetlu točku“. To je depresivno raspoloženje. Osoba gubi interese za stvari koje su je nekada ispunjavale i u kojima je nekada uživala, iznenada joj takve stvari više ne stvaraju nikakvo zadovoljstvo (3). Depresivni poremećaj se očituje uobičajenim simptomima depresije od kojih su neki: nesanica, gubitak apetita, bolesnik se teško koncentrira, gubi energiju, vitalnosti i dr. (14).

Depresivnim osobama se sve čini teško. Ne nalaze razlog da se ujutro ustanu iz kreveta, nemaju interesa ni za što, uvijek su umorni čak i nakon puno sati spavanja, tijelo je bez energije, slabo, pa se takve osobe najčešće odlučuju na izležavanje ili sjedenje cijelog dana. Usporenost je također jedan od simptoma pa je i govor usporen, nemaju interes za društveni život te im bilo kakva komunikacija s drugim osobama predstavlja problem. Pokreti cijelog tijela su veoma spori, a osoba odaje dojam nezainteresiranosti. Prisutan je i poremećaj spavanja; san je površan i nedostatan za pravi odmor, osoba se lako budi, a posebno je značajno buđenje i po nekoliko sati ranije nego je to uobičajeno. Poremećen je i apetit, bolesnik nema ni želju ni volju za hranom, makar to bila hrana koja mu je nekoć bila najdraža. Naposljetku, osoba gubi volju za životom. Takve osobe često razmišljaju o tome kako bi bilo najbolje da ih nema, ili da se više ne probude. Katkada imaju i jasnije suicidalne misli, pa razmišljaju o tome na koji bi se način ubile (pijenjem tableta ili neke druge supstancije koja bi uzrokovala trovanje i smrt, a česta su razmišljanja oduzimanja života na način da skoče pod vlak, automobil, ili pak, smrt vješanjem...)

Problemi s raspoloženjem u pravilu su mnogo teži i izraženiji ujutro. Tijekom dana se stanje može malo poraviti, no s novom noći, sve kreće ispočetka. Česte su i smetnje u koncentraciji, pamćenju i opažanju. To je tipično za depresivni sindrom. Kod nekih pacijenata dolazi i do pojave psihotičnih simptoma. Tada govorimo o psihotičnoj depresiji. Uz osnovne simptome depresije kod osoba u psihotičnoj depresiji se pojavljuje strah za situacije i stvari koje se nisu ni dogodile, a osoba nema nikakav realan razlog za takvo razmišljanje. Dolazi do straha od gubitka posla, gdje osoba razmišlja što bi se dogodilo ukoliko bi izgubila posao. Tipičan način razmišljanja depresivne osobe bi bio: „Ako ostanem bez posla, privređivala bih manje novca, što bi

popratno dovelo do loše brige za moju obitelj. Ne bih im mogla priuštiti osnovne potrepeštine, hranu, i sl., pa bi mi cijela obitelj mogla umrijeti od gladi i to sve zbog mene. Bilo bi bolje da me nema.“. To je samo jedan od bezbroj primjera za ovo oboljenje (3).

1.2.1. Depresivna epizoda

Kod većine bolesnika s depresivnom epizodom izraženi su psihomotorički problemi, prisutna je usporenost, a jedan od simptoma je i agitacija, što je pak karakteristično za starije bolesnike. Simptomi koji čine klasičnu kliničku sliku su spori i oskudni pokreti, kljenut glave i udova, a bolesnici najčešće nezainteresirano gledaju u pod bez interesa za bilo kakvu intereakciju s okolinom. Agitacija se pak očituje nemiro, bolesnici krše prste, tresu nogom, nervozno se češu po tijelu, a može se dogoditi i da sami sebi čupaju kosu. Nije rijetka pojava da se kod takvih bolesnika pojave sumanute misli i halucinacije što je iznimno opasno jer bolesnika mogu navesti na pokušaj suicida, no većina njih nema dovoljno volje da ga provede u djelo. Kod takvih bolesnika može doći do pojave ideja proganjanja ili pak ideja odnosa. Depresivni pacijenti sve doživljavaju negativno. I sebe i svoju okolinu. Često sebe krive za stvari koje su se dogodile, ali čak i one koje bi se mogle dogoditi. Prisutne su ideje gubitka, patnje i smrti, strahovi su u najčešćem slučaju potpuno nerealni, stvari koje se ni ne mogu ili neće uopće dogoditi. No, zbog svog nevoljkog razgovora s okolinom i zbog toga što rijetko traže pomoć stručnjaka, prve simptome bolesti je iznimno teško uočiti. Tipična je pojava poremećaja razmišljanja u gotovo svih bolesnika (14).

1.3. Stigmatizacija depresivnog bolesnika

Stigmatiziranje psihičkog bolesnika je pojam koji predstavlja negativno obilježavanje psihičkog bolesnika, a najčešće proizlazi iz čovjekovog neznanja ili straha od njega. Uzrok ovom razmišljanju često su predrasude, tj. negativni stavovi, a najčešće su o tome kako se taj bolesnik ne može kvalitetno liječiti, ili se ne može izliječiti uopće (5). Studije pokazuju da su osobe koje imaju niži stupanj obrazovanja puno sklonije

stigmatiziranju i predrasudama ovakvih bolesnika nego što su to visoko školovani ljudi. Također, stigmatiziranju su podložniji i oni koji imaju djecu (6). Ljudi su uvijek skloni prihvatiti mišljene većine, pa se tako i u ovom slučaju smatra da su duševni bolesnici nesposobni, nemaju kvalitetnu ulogu u društvu, da su nepredvidivi i opasni za svoju okolinu i da se na njih baš i ne može računati po pitanju nečeg ozbiljnog, da im se ne bi smjelo dozvoliti da donose bilo kakve bitne životne odluke, čak niti da voze automobile i sl. No, uzrok stigmatiziranju nije samo okolina u kojoj se bolesnik nalazi nego i sam bolesnik koji sebe doživljava manje vrijednim i nesposobnim za bilo kakvu vrstu socijalizacije (6).

1.4. Medicinska sestra u radu s depresivnim pacijentom

„Često se kaže da svaka žena može biti dobra medicinska sestra. Ja, naprotiv, tvrdim da osnovni elementi zdravstvene njege zahtijevaju znanje!“ – Florence Nightingale (15)

Prema etičkim načelima svakog se bolesnika treba tretirati s poštovanjem, kao biće sa svojim integritetom i autonomijom. Bolesnik u svakom trenutku ima pravo biti informiran o svom stanju, procesu liječenja, terapiji, dijagnostici i preporučenim dijagnostičkim metodama, uz sva popratna potrebna objašnjenja. Također, sam bolesnik ima pravo na odabir, ali i na odbijanje onoga što mu u tom procesu ne odgovara, kao i pravo na izbor neke od alternativnih metoda liječenja. Stigmatiziranje bolesnika od strane medicinskog osoblja može dovesti do nepovjerenja što za posljedicu donosi neadekvatno i loše liječenje bolesnika. Zdravstveno osoblje koje radi na Klinikama za psihijatriju ima ključnu ulogu u poštivanju ljudskih potreba s obzirom na specifičnosti koje takvi odjeli i klinike donose. Pitanje je zapravo koliko medicinsko osoblje koje ne radi na klinikama i odjelima za duševne bolesti stvarno može prepoznati pojavu simptoma depresije. S obzirom na već poznate etičke smjernice važno je poštivati ih i postaviti se prema bolesniku kao prema čovjeku sa svojom autonomijom, zasnovati odnos poštovanja i povjerenja jer je zapravo to jedini i pravi put ka uspješnom i kvalitetnom liječenju. S obzirom na sve učestaliju stigmatizaciju ovih bolesnika, moralna načela medicinskoj sestri nalažu da se bori protiv nje i da vodi računa o

važnosti biološke, psihološke i socijalne dimenzije u liječenju ovih bolesnika. Zdravstveni djelatnici dužni su pružiti najbolje liječenje koje je pacijentu na raspolaganju u skladu s njihovim znanjem i mogućnostima. Stigma nije samo problem koji ugrožava psihijatrijske bolesnike, već i cijelu psihijatriju kao profesiju. Ljudi koji nemaju bliski doticaj sa psihijatrijom i psihijatrijskim bolesnicima, doživljavaju ih jako negativno. I sami pacijenti liječenju pristupaju s nepovjerenjem. Konkretno zbog loših smještajnih kapaciteta, zbog nedostatka osoblja koje bi se pacijentu moglo posvetiti kada to god njemu treba za vrijeme boravka u bolnici, dolazi do nepovjerenja u liječenje, ali i moguće izlječenje. Medicinske sestre su te koje se doživljavaju u negativnom kontekstu kao neprofesionalne, neučinkovite i nekorektne, zajedno s liječnicima, a upravo zbog toga jer među bolesnicima, ali i u cijelom društvu vlada uvriježeno mišljenje da se depresija ne može izliječiti i da pacijentov boravak od nekoliko tjedana u bolnici nikako nije dostatan za kvalitetan početak liječenja (7).

Medicinske sestre se u svom radu s bolesnicima moraju prilagoditi na uvjete rada, nerijetko i veoma teške, stoga im improvizacija nije strana. Moraju paziti na čovjeka kao individualno biće ovisno o njihovoj pomoći, uz poštivanje svih njegovih prava i autonomije (15).

Medicinska sestra je ta koja najviše komunicira sa štićenicima svog odjela, mnogo više nego liječnik. Stoga je nužno da je jasna u komunikaciji sa svojim pacijentom. Nikako nije poželjno da se pri objašnjavanju bolesti, liječenja i dijagnosticiranja koristi medicinskom terminologijom koja je za sve one koji nisu medicinske struke nerazumljiva. Njena komunikacija mora biti jasna, nedvosmislena, a pacijent bi njenu poruku trebao shvatiti. Mora biti sposobna započeti razgovor, ali i poticati bolesnika na razgovor i održavati ga. Bolesnici za vrijeme boravljenja u bolesničkoj sobi imaju niz razloga zbog kojih im je potreban razgovor, najčešće zbog socijalnog kontakta, potrebnih objašnjenja, savjeta, ali u velikom broju slučajeva zbog ohrabrenja. Medicinska sestra bi to trebala osjetiti, razumijeti i prepoznati, te podržati svog bolesnika i uputiti mu toplu riječ ohrabrenja kada je to nužno (8).

Poželjno bi bilo da su medicinske sestre uključene u borbu protiv duševnih bolesti, što obuhvaća zdravstvenu zaštitu na sve tri razine s ciljem prevencije bolesti u ljudi koji nisu oboljeli, ali i skrbi onih koji jesu, bez obzira na dobnu skupinu i spol. Dakle, važno

je na vrijeme prepoznati simptome, otkriti bolest, a od velike važnosti je i sam rad s već oboljelim osobama. Podrška obiteljima je od iznimne važnosti. Pokazati im da nisu sami i da se uvijek imaju kome obratiti. One trebaju pomoći duševno oboljelima pri resocijalizaciji, zapošljavanju i ponovnom involviranju u društvenu zajednicu, s ciljem poboljšanja njihovog života i integracije u nju (10).

1.4.1. Komunikacijske vještine u radu s depresivnim pacijentom

Komunikacijske vještine su od iznimne važnosti za kvalitetan odnos između medicinskog osoblja i pacijenata. One spadaju u interpersonalne vještine koje se godinama uče i nadograđuju. Delikatna pitanja kao što su pitanje života ili smrti, zdravlja ili bolesti, zahtjevaju iznimno vješto korištenje komunikacijskih vještina kako bi se pacijentima pružila odgovarajuća potrebna emocionalna podrška ali i savjet. Bolest je stanje koje pacijenta dovodi u očaj, osjećaj nemoći, tuge, bezizlaznosti, stanje koje bi moglo odrediti čitavu njegovu sudbinu kao i sudbinu njegove obitelji. To je razlog zbog kojeg se sudionicima procesa pružanja zdravstvene njege posvećuje posebna pozornost. Medicinska sestra je u najčešćem kontaktu sa pacijentom i njegovom obitelji pa bi bilo poželjno da poznaje i da dobro vlada komunikacijskim vještinama. S obzirom da je razgovor najbolja vrsta komunikacije koju imamo, ali i najteža, zahtjeva poznavanje određenih pravila koja se kroz godine usavršavaju.

Iako se smatraju darom kojeg dobijemo od samog rođenja, nešto što imamo ili nemamo, komunikacijske vještine se trebaju učiti i usavršavati godinama, posebno kada je riječ o zdravstvenim djelatnicima, jer rade s ljudima koji se nalaze u najdelikatnijim životnim situacijama, a razgovor je pri tom među najboljim vrstama terapijskog pristupa.

Veliko značenje za uspješnu komunikaciju imaju sljedeći čimbenici:

- **osobine i sposobnosti medicinske sestre:** medicinska sestra bi trebala posjedovati vještine kojima će lako uspostaviti komunikaciju s pacijentom. Empatija, srdačnost, iskrenost, dosljednost, poštovanje njegove autonomije, slušanje bolesnika, pružanje bolesniku mogućnosti da izrazi vlastito mišljenje i sudjeluje u donošenju odluka, njegovo bezrezervno prihvaćanje,

razumijevanje, neosuđivački stav i briga za bolesnika, to su vještine koje krasi kvalitetnu medicinsku sestru. Bolesnika ne smijemo shvaćati kao objekt, već kao živo biće koje u nama vidi sigurnost u najtežim trenucima svog života.

- **osobine bolesnika:** kognitivne sposobnosti, (pamćenje, pažnja, pozornost, zaključivanje i obrada informacija), socijalna, etička i kulturna pripadnost i uvjerenja, jezik, eventualne tjelesne mane, itd. Ni jedna razlika pacijenta ne bi smjela činiti drugačijim od ostalih. Medicinska sestra je upravo ta koja će svojim usavršenim komunikacijskim vještinama pružiti bolesniku osjećaj pripadnosti.
- **okolina u kojoj se komunikacija ostvaruje:** to je čimbenik koji može olakšati, ali i uvelike otežati uspješnu komunikaciju. Neprikladno mjesto, skučen prostor, buka, prisutnost ostalih bolesnika i osoblja. Rodbina često onemogućava uspješnu komunikaciju pa je poželjno da se prilikom važnog razgovora s pacijentom medicinska sestra pobrine da okolina bude ugodna za razgovor.

Ključne osobine koje bi medicinska sestra trebala poznavati u komuniciranju sa svojim bolesnikom su aktivno slušanje i empatija. Teške životne situacije poput bolesti u čovjeku izazivaju pregršt negativnih emocija, najčešće ogorčenost, ljutnju, tugu i krivnju. Medicinska sestra je ta koja bi trebala biti dovoljno vješta da te emocije i osjećaje prepozna i pokuša na njih utjecati jer je upravo ona ta koja svakog dana provodi najviše vremena uz svog pacijenta, pa se očekuje da će ona najprije i prepoznati neki od poremećaja u bolesnikovom raspoloženju (17).

1.5. Rehabilitacija psihijatrijskog bolesnika i njegovo vraćanje u svakodnevni život

Rehabilitacija psihijatrijskog bolesnika je iznimno dugotrajan i složen proces koji je usmjeren na vođenje zdravog života iako su i dalje prisutni simptomi bolesti ili sama bolest. Rehabilitacija se sastoji od niza čimbenika koji olakšavaju taj proces. Neki od njih su organoterapija (psihofarmakoterapija), psihoterapija i socioterapija.

Organoterapija je liječenje bolesnika lijekovima koji se nazivaju psihofarmaci, od kojih su neki: antidepresivi, antipsihotici, anksiolitici i dr. (19).

Psihoterapija je pak način liječenja kroz grupni rad. Svaki čovjek je društveno biće koji u grupi radi i živi cijeli svoj život. Stoga, kada čovjek oboli od psihičke bolesti, važno ga je što prije vratiti u suživot sa svojom zajednicom u kojoj se nalazi. Bolesnika se pokušava socijalizirati uz pomoć homogene grupe (bolesnici s istom dijagnozom), koji imaju iste zajedničke ciljeve o kojima grupno razgovaraju (9).

Socioterapija je skupina različitih aktivnosti kojoj je cilj resocijalizirati bolesnika za vrijeme liječenja, kako bi bolesnik bio što više motiviran za liječenje, te kako bi se lakše prilagodio životu u zajednici nakon što napusti bolnicu. Socioterapijskim postupcima se pokušava utjecati na bolesnika, ali i na njegovu obitelj. Bolesnika se uči kako će se vratiti u svakodnevni život i kako će se prilagoditi na pritisak sredine u kojoj boravi (9).

Zdravstveni djelatnici koji se bave liječenjem psihijatrijskih bolesnika dužni su organizirati liječenje duševnih bolesnika na način da ne ugrožavaju njihova prava i slobode, te da pridonesu involviranju bolesnika u njihovu okolinu, pri čemu bi trebali poštivati ljudsko dostojanstvo i osobnost bolesnika (11). Osnovna etička konvencija koju je potpisala i Hrvatska je Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini (Vijeće Europe, 1997.) Ona štiti dignitet pojedinca i zalaže se za obvezu poštovanja osobnosti i privatnosti, dobrobiti pojedinca i dostupnost zdravstvene zaštite. Kako bi rehabilitacija samog bolesnika, a jednako tako i njegove okoline

Kako bi se poboljšala kvaliteta života oboljelog potrebna je i suradnja obitelji na psihosocijalnoj razini. Važno je da obitelj preuzme brigu o oboljelom na način da zajednički rješavaju probleme, da pripaze na bolesnikovo redovito uzimanje terapije, da pomognu bolesniku u komunikaciji, da vježbaju socijalne vještine. To će ujedno doprinijeti jačanju obiteljskih odnosa (9).

1.6. Razvijanje znakova depresije kod pacijenata koji se liječe od nekih organskih bolesti

Poznato je da se depresija može pojaviti i u bolesnika koji boluju od neke organske bolesti. Samo neke od tih bolesti su: koronarne bolesti, infarkt miokarda, Parkinsonova bolest, multipla skleroza i u najčešćim slučajevima karcinoze. Razumljiva je pojava depresije u osoba koje boluju od karcinoma zbog straha od ishoda liječenja i same bolesti. Takvi bolesnici najugroženija su skupina po pojavnosti simptoma depresije, pa je s obzirom na to i jako visoka incidencija depresije opažena u ovoj skupini bolesnika. Moguća je pojava simptoma i u bolesnika koji se liječe medikamentozno i to: antihipertenzivima, steroidima, oralnim kontraceptivima, kemoterapijom i dr. (14). Postoje brojne studije psihosocijalnih intervencija koje nam ukazuju na psihološki distres u ovoj skupini oboljelih (12).

Kao što je već spomenuto onkološki bolesnici su svakako najugroženija skupina po pitanju incidencije depresije. Osjećaju se bespomoćno i potišteno, kao da su na teret drugima. Oni znaju da gube kontrolu nad vlastitim životom, što je razumljivo s obzirom da je u pitanju život ili smrt. Zbog pojavljivanja emocionalnih kriza ovdje najveću ulogu imaju psiholozi koji rade s ovakvim bolesnicima pokazujući imkako se nositi sa stresom, jer je u ovakvim životnim okolnostima važno pronaći nadu, pokušati ne izgubiti interes za život, nego se svim silama boriti da iz postojeće situacije ipak izvuku ono najbolje (13).

1.7. Reakcije bolesnika na bolest

Teško je za čovjeka spoznati činjenicu da boluje od neke neizlječive bolesti, i da će njegov život uskoro završiti. Slijedi proces umiranja koji je za bolesnika često i teži od same činjenice da je smrt blizu. Bolesnik za to vrijeme prolazi kroz teško razdoblje koje se po dr. Elisabeth Kübler-Ross, američkoj psihijatrici, naziva fazama žalovanja, a dijeli se u 5 faza među kojima je i faza depresije. Ovo se odnosi najvećim dijelom na onkološke bolesnike, ali su ovakve reakcije sasvim uobičajena i normalna reakcija na bilo koju drugu organsku bolest kao i na bolne separacije u životu (16).

1.7.1. Faze žalovanja po Kübler-Ross-u:

- **Poricanje**, nevjerica, odbacivanje činjenica je prva faza žalovanja. Bolesnik ima potpuno pravo na to, ne smije mu se predbacivati, kriviti ga ili mu pak proturječiti. S takvim bolesnicima treba biti strpljiv, oni imaju pravo odbaciti tu činjenicu da će umrijeti, i negirati svoje trenutno stanje. Svakako je poželjno da bolesnik podijeli svoju tugu, no razgovor o smrti je delikatna tema i o tome se priča isključivo ako to bolesnik sam želi.
- **Gnjev** i bijes zbog toga što su planovi koje je bolesnik imao potpuno poremećeni. Bolesnik osjeća mržnju prema ljudima iz svoje okoline koji žive svoj život bez brige o ikakvoj bolesti, prisutan je i osjećaj odbačenosti, premda često nerealan, usmjeren prema medicinskom osoblju. Prepoznaje se smrt, no s bijesom.
- **Cjenkanje**, bolesnik pokušava odgoditi smrt „pregovarajući“ s Bogom, pronalazi razloge za sve loše što je do sada radio, opravdavajući se, obećava Bogu da se to više nikada neće ponoviti, zavjetuje se, traži razlog za svoju bolest u „višoj sili“, postaje skrušen iako do sada možda i nije bio, bezizlazno traži način da se izliječi.
- **Depresija**, postaje svjestan da će uslijediti smrt, miri se polako s tom činjenicom, ali žali za svim propuštenim šansama koje je imao dok je bio zdrav. U ovoj fazi postoji rizik od suicidalnosti! Smrt se percipira kao neizbježna, nešto što će se sigurno dogoditi i od toga se ne može pobjeći. Bolesniku je potrebna beskrajna podrška u bilo kojem trenutku kada to poželi, naravno, bez nepotrebnog uvjeravanja kako će biti bolje, jer bolesnik i sam zna da neće.
- **Prihvatanje** da ubrzo slijedi smrt, i da zapravo ne može pobjeći od sudbine koja ga je snašla. Bolesnik koristi to „malo vremena“ što mu je

ostalo, pokušava pronaći mir pred smrt. U ovoj je fazi podrška usmjerena i ka obitelji koja nastoji prihvatiti činjenicu da će izgubiti svog bliskog člana (16).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1. Hipoteza

Na rad medicinskih sestara s oboljelima od depresije utječe vrsta radnog mjesta te stupanj izobrazbe.

2.2. Glavni cilj

Glavni cilj ovog istraživanja je utvrditi povezanost izobrazbe medicinskih sestara/tehničara i mjesta na kojem medicinska sestra/tehničar radi sa samoprocijenjenim znanjem o komunikacijskim vještinama i stavovima u radu s depresivnim pacijentom, uz pomoć anketnih odgovora.

Specifični ciljevi:

1. Utvrditi je li vrsta odjela na kojem medicinske sestre/tehničari rade povezana sa samoprocijenjenim znanjem o komunikacijskim vještinama u radu s depresivnim pacijentom.
2. Utvrditi je li vrsta odjela na kojem medicinske sestre/tehničari rade povezana sa stavovima o radu s depresivnim pacijentom.
3. Utvrditi je li stupanj formalne izobrazbe povezan sa samoprocijenjenim znanjem o komunikacijskim vještinama u radu s depresivnim pacijentom.
4. Utvrditi je li stupanj formalne izobrazbe povezan sa stavovima o radu s depresivnim pacijentom.

3. IZVOR PODATAKA I METODE

3.1. Ustroj istraživanja, ciljana populacija i metode sakupljanja podataka

Provedeno je presječno istraživanje čiju su ciljanu populaciju činile medicinske sestre/tehničari, bez obzira na stupanj obrazovanja, starosnu dob ili godine radnog staža.

Ispitivanje se provelo na Klinici za kirurgiju, Klinici za onkologiju i radioterapiju i Klinici za psihijatriju u KBC-u Split, tijekom kolovoza i rujna 2017. godine. Podijeljene su ankete za medicinske sestre/tehničare, dok je obrazac „Suglasnost za provođenje istraživanja“ podijeljen predstojnicima Klinike za kirurgiju, Klinike za onkologiju i radioterapiju i Klinike za psihijatriju. Odobreno je provođenje anketiranja medicinskih sestara/tehničara na svim klinikama. Ukupno je pristupilo 63 medicinskih sestara/tehničara bez obzira jesu li srednjoškolskog obrazovanja (SSS) ili su prvostupnici sestrištva (VŠS). Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim načelima, te su svi podaci korišteni isključivo i samo u svrhu pisanja ovog završnog rada i zaštićeni u skladu sa zakonom o tajnosti podataka („Narodne novine“ br. 01-96-2214/1 23, „Pristup nekvalificiranim podacima imaju osobe kojima je to nužno u službene svrhe radi obavljanja poslova iz njihovog djelokruga“). Istraživanje je odobreno od strane etičkog povjerenstva (Klasa: 500-03/17-01/65, Ur.br.: 2181-147-01/06/M.S.-17-2) u Splitu, 14. 9. 2017.

3.2. Odaziv ispitanika i preciznost studije

U studiju su uključene 63 medicinske sestre/ tehničari sa Klinike za onkologiju i radioterapiju, Klinike za kirurgiju i Klinike za psihijatriju. Na sve tri klinike odazvao se maksimalan broj pozvanih.

3.3. Upitnik

Kao mjerni instrument u ovom istraživanju služile su ankete koje su po prvi puta pisane i korištene za ovaj završni rad. U izradi upitnika sudjelovala je studentica Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija u Splitu, Lucija Rinčić i mentorica doc. dr. sc. Varja Đogaš, dr. med.

Anketa sadrži ukupno 31 pitanje. Prvi dio sačinjavaju osnovne informacije o pristupniku (dob, spol, godine radnog iskustva, odjel na kojem radi, te škola koju je pristupnik završio). U drugom dijelu ispitanici su procjenjivali vlastite komunikacijske vještine i stavove o radu s depresivnim pacijentom na koje je bilo moguće odgovoriti brojevima od 1-5. Značenje: 1- uopće se ne slažem, 2- uglavnom se slažem, 3- suzdržan/a sam, 4- uglavnom se slažem, 5- u potpunosti se slažem. Upitnik je priložen uz ovaj obrazac (Prilog 1).

Analiza podataka

Prikupljeni podatci analizirali su se u statističkom programu MedCalc verzije 17.9.5. (MedCalc 17.9.5., Software, Mariakerke, Belgija). U analizi podataka koristile su se metode deskriptivne i inferencijalne statistike. Razdioba kategorijskih varijabli prikazala se preko apsolutnih frekvencija i postotaka. Za opis kvantitativnih varijabli koristio se medijan i interkvartilni raspon. Razlike u stavovima između sestara s tri različita odjela te između različitih stupnjeva obrazovanja testirale su se Kruskal-Wallis testom. Pri zaključivanju se koristila razina statističke značajnosti od 0.05.

4. REZULTATI

U prvoj tablici prikazan je broj ispitanika na svakoj klinici, tj. u kolikom je postotku u ovom istraživanju sudjelovalo medicinskih sestara/tehničara s Klinike za onkologiju i radioterapiju, Klinike za kirurgiju, i Klinike za psihijatriju. (Tablica 1.)

Tablica 1. Razdioba broja ispitanika po klinikama

	Broj sudionika po klinici	%
Kirurgija	30	48
Psihijatrija	20	32
Onkologija	13	20
UKUPNO	63	100

Uzorak ispitanika bio je relativno homogen (Tablica 2). Sačinjavale su ga uglavnom žene, a srednjoškolsko obrazovanje ispitanika bilo je uglavnom strukovno, zdravstvenog usmjerenja. Najveći udio medicinskih sestara/tehničara sa SSS opažen je na Klinici za kirurgiju, a najmanji na Klinici za onkologiju i radioterapiju, gdje većina medicinskih sestara ima VŠS. Na Klinici za psihijatriju je sudjelovao jednak broj medicinskih sestara/tehničara sa SSS i VŠS. Na Klinici za psihijatriju je sudjelovalo najviše ispitanika u dobi od 21 do 40 godina (38%), na Klinici za onkologiju i radioterapiju je najviše onih u dobi od 46 godina i više (30%), dok je na Klinici za kirurgiju podjednak broj ispitanika od 25 do 30 godina, te onih od 41 do 45 godina (27%). Na svim ispitanim klinikama gotovo su sve medicinske sestre/tehničari sa SSS. Najveći broj ispitanika radi u struci više od 20 godina.

Tablica 2. Prikaz sociodemografskih obilježja ispitanika, N(%)

		KLINIKA			
Varijabla		Onkologija i radioterapija	Psijhijatrija	Kirurgija	Ukupno
Spol ispitanika	Muško	0 (0)	2 (10)	4 (13)	6 (10)
	Žensko	13 (100)	18 (90)	26 (87)	57 (90)
	Ukupno	13 (100)	20 (100)	30 (100)	63 (100)
Dob ispitanika	< 25 god.	1 (8)	4 (20)	2 (7)	7 (11)
	25- 30 god.	2 (23)	3 (15)	8 (27)	13 (22)
	31- 40 god.	5 (38)	5 (25)	6 (20)	16 (26)
	41-45 god.	2 (15)	2 (10)	8 (27)	12 (19)
	46 god. i više	2 (15)	6 (30)	6 (20)	14 (22)
	Ukupno	13 (100)	20 (100)	30 (100)	63 (100)
Godine rada u struci	< 5 god.	1 (8)	5 (25)	5(17)	11 (19)
	5- 10 god.	3 (23)	2 (10)	7(23)	12 (20)
	10- 15 god.	3 (23)	1 (5)	2(7)	6 (10)
	15- 20 god.	5 (38)	4 (20)	5(17)	14 (22)
	20 god. i više	1 (8)	8 (40)	11(37)	20 (32)
	Ukupno	13 (100)	20 (100)	30 (100)	63 (100)
Završena srednja škola	Srednja medicinska škola	13 (100)	19 (95)	29 (97)	61 (96)
	Gimnazija	0 (0)	0 (0)	1 (3)	1 (2)
	Drugo	0 (0)	1 (5)	0 (0)	1 (2)
	Ukupno	13 (100)	20 (100)	30 (100)	63 (100)
Trenutni stupanj obrazovanja	SSS	6 (46)	10 (50)	21 (70)	37 (59)
	VŠS	7 (54)	10 (50)	9 (30)	26 (41)
	VSS	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Ostalo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Ukupno	13 (100)	20 (100)	30 (100)	63 (100)

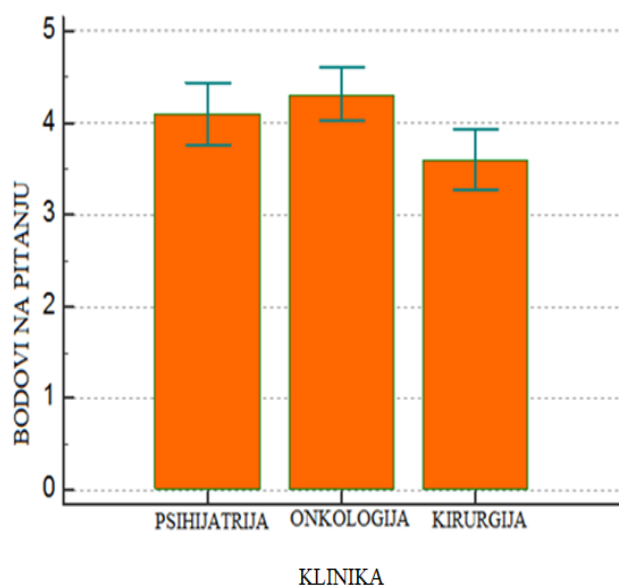
Najveći broj prvostupnika s obzirom na broj ispitanih po klinici ima Klinika za onkologiju i radioterapiju (54%).

Tablica 3. Usporedba stavova ispitanika s obzirom na klinike po česticama, N=63

	Tvrdnja	KLINIKA, Md (IQR)			P-vrijednost
		Onkologija i radioterapija	Psihijatrija	Kirurgija	
Samoprocjena komunikacijskih vještina	1 Lako razvijam empatiju prema pacijentu	4 (4,4)	4(3,4)	4(2,4)	0,068
	2 Pacijenti mi se rado povjeravaju o svojim problemima	4(4,5)	4(4,5)	4(3,5)	0,017
	3 Lako izražavam svoje osjećaje	5(4,5)	4(3,5)	3(3,4)	0,001
	4 U dobrim sam odnosima sa svojim radnim kolegama	4(4,5)	4(4,5)	4(4,5)	0,216
	5 Lako uvjerim prijatelja da nema razloga za brigu	4(3.75,5)	4(4,5)	4(3,4)	0,504
	6 Uvijek pokušavam ublažiti negativne, a povećati negativne osjećaje i razmišljanja	4(3.75,5)	4(4,5)	4(4,5)	0,544
	7 Pozitivna sam i vedra osoba	4(4,5)	4(3,5)	5(4,5)	0,689
	8 Mogu zadržati pozitivna razmišljanja, čak i u negativnoj situaciji	4(3.75,5)	4(3,3.5)	4(4,5)	0,257
	9 Lako podnosim stres na poslu	3(3,4.25)	3.5(3,4)	3(3,4)	0,111
	10 Konflikt s kolegom ne dovodi u pitanje kvalitetu rada s pacijentom o kojem skrbin	4(4,4.25)	4(4,5)	4(4,5)	0,529
	11 Uvijek imam vremena za razgovor s pacijentom ukoliko je njemu to potrebno	4(4,5)	4(4,5)	4(4,5)	0,260
	12 Rado razgovaram sa svojim pacijentima	4(4,5)	5(4,5)	4(4,5)	0,033
	13 Prema izrazu lica mogu prepoznati tuđe osjećaje	4(4,4.25)	4(4,4)	4(4,5)	0,911
	14 Primijetim ako netko pokušava prikriti svoje osjećaje	4(4,5)	4(4,4)	4(3,5)	0,041
	15 Mogu procijeniti nečije emocije ako ga promatram kroz neko vrijeme	3(3.75,5)	4(4,4.75)	4(4,5)	0,734
	16 Mogu procijeniti osjećaj nemoći i beznadnosti svog pacijenta	5(4,5)	4(4,4.5)	4(4,5)	0,039
	17 Smatram da mogu dobro procijeniti tuđe emocije	4(4,5)	4(4,4)	4(4,4)	0,139
	18 Lako prepoznam loše raspoloženje svojih pacijenata	4(4,5)	4(4,5)	4(4,5)	0,950

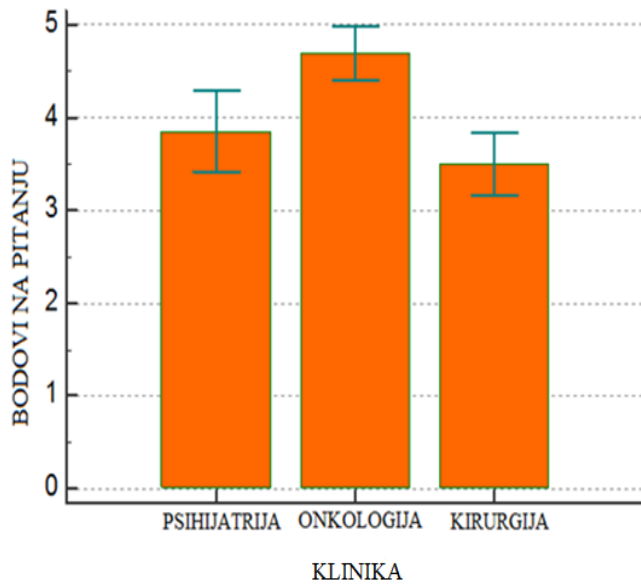
	24	Nije mi teško porazgovarati s pacijentom o njegovim problemima	4(4,5)	4(4,5)	4(4,5)	0,314
	25	Pacijentovo emocionalno stanje ne utječe na moj rad s njim	5(4,5)	4(3,5)	4(3,4)	0,002
Stavovi o radu s depresivnim pacijentom	19	Mislim da mi dodatna edukacija nije potrebna za rad s depresivnim pacijentom	4(4,5)	2(1,3)	3.5(2,4)	0,001
	20	Dodatna edukacija me ne bi naučila više no što trenutno znam	4(2,5)	2(1,3)	3(2,4)	0,001
	21	Smatram da su bolesnici s dijagnozom depresije isključivo „psihijatrijski problem“ i ja o tome ne trebam baš posebno znati	2(1,4)	1(1,2)	0	0,002
	22	Znam o depresiji sasvim dovoljno, taman koliko je potrebno	4(2,4.25)	2.5(2,3.5)	2(2,4)	0,021
	23	O depresivnom pacijentu bi trebao skrbiti liječnik, ne medicinska sestra	3(3,4)	1(1,2))	3(2,4)	0,001

U Tablici br. 3 navedeni su, za svaku kliniku, medijani i IQR za bodove ostvarene na svakoj pojedinoj čestici te P vrijednost statističkog testa kojim su testirane razlike u bodovima između klinika. Svi značajni rezultati za razlike u samoprocijenjenim znanjima o komunikacijskim vještinama i stavovima medicinskih sestara/tehničara između klinika prikazani su i grafički. Najpozitivnije stavove i najviše razine samoprocijenjenog znanja o komunikacijskim vještinama navodile su medicinske sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju.



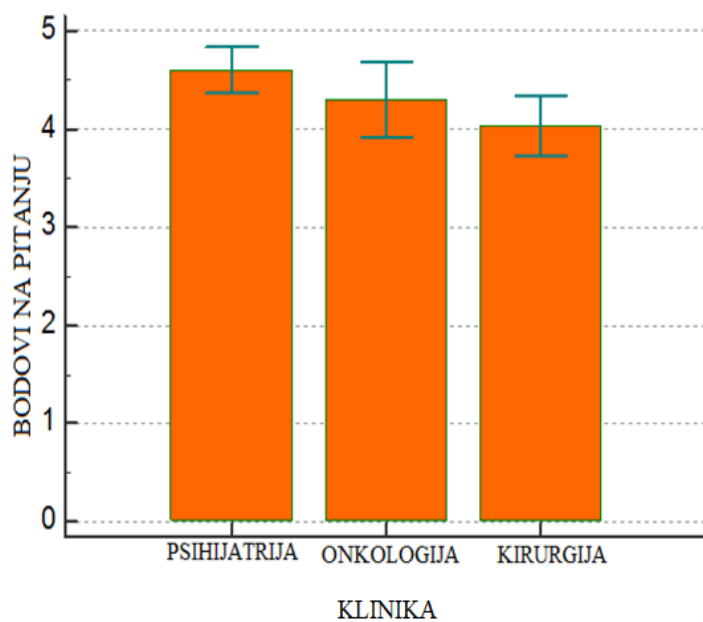
Slika 1. Medijani i pripadajući 95%-tni CI za bodove ostvarenje na pitanju „*Pacijenti mi se rado povjeravaju o svojim problemima*„, prikazani po klinikama.

Iz grafičkog prikaza na Slici 1 može se zaključiti da se medicinske sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju najviše slažu s ovim stavom, a medicinske sestre/tehničari s Klinike za kirurgiju najmanje.



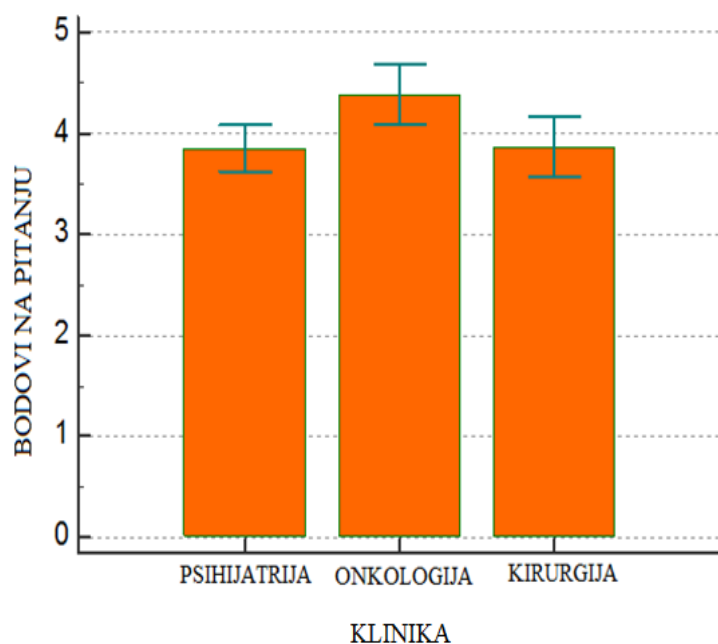
Slika 2. Medijani i pripadajući 95%-tni CI za bodove ostvarenje na pitanju: „*Lako izražavam svoje osjećaje*„, prikazani po klinikama.

Na slici 2 je značajan rezultat medicinskih sestara s Klinike za onkologiju i radioterapiju koje su ostvarile najveći broj bodova na ovo pitanje i koje su imale značajno pozitivnije stavove od kolegica s Klinike za kirurgiju ili psihijatrije.



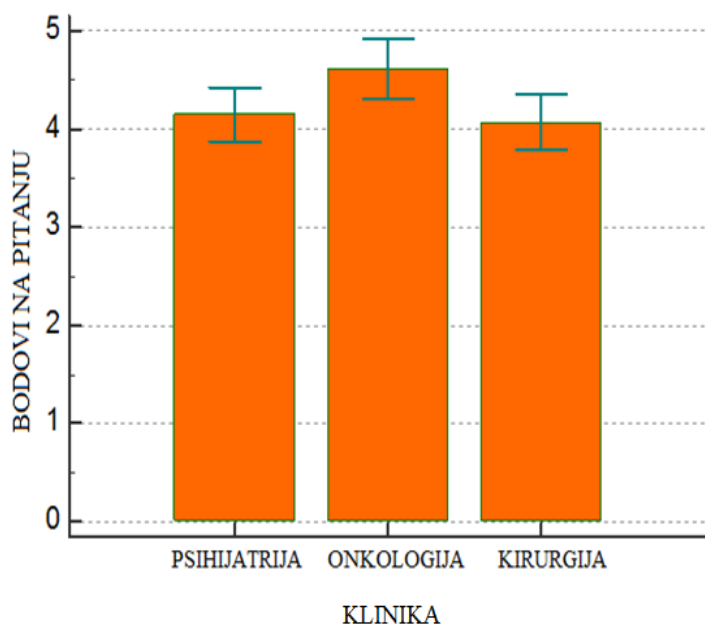
Slika 3. Medijani i pripadajući 95%-tni CI za bodove ostvarene na pitanju: „*Rado razgovaram sa svojim pacijentima*„, prikazani po klinikama.

Za ovu tvrdnju najveći broj bodova ostvarile su medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju, koji su ostvarili najveći broj bodova, i time pokazali kako se u najvišem postotku slažu s navedenom tvrdnjom, a najmanji broj bodova ostvarile su medicinske sestre/tehničari s Klinike za kirurgiju. No općenito, budući je medijan najmanje 4 – slaganje s ovom tvrdnjom je jako visoko za sve tri klinike.



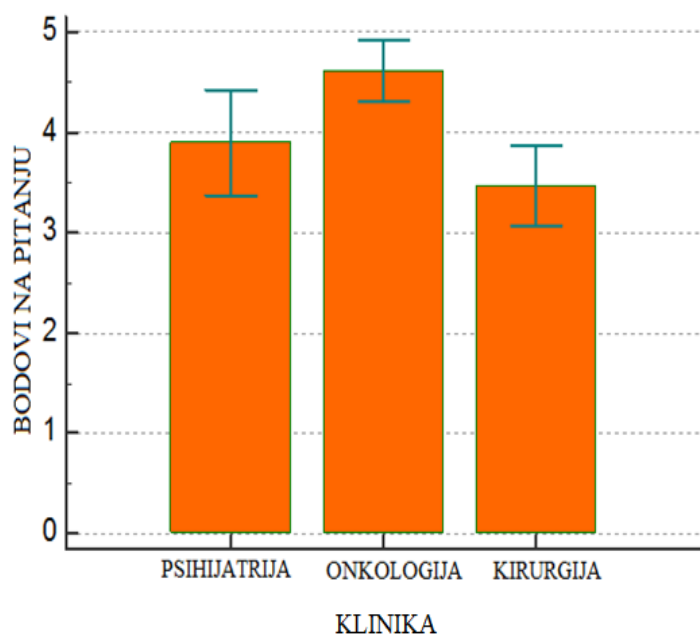
Slika 4. Medijani i pripadajući 95%-tni CI za bodove ostvarene na pitanju „*Primijetim ako netko pokušava skriti svoje osjećaje*„, prikazani po klinikama.

Sa ove slike vidljiv je značajan rezultat medicinskih sestara s Klinike za onkologiju i radioterapiju koje u najvećem postotku smatraju kako primjete ako netko pokušava skriti svoje osjećaje, dok su rezultati medicinskih sestre/tehničari sa Klinike za kirurgiju i Klinike za psihijatriju nešto negativniji i usporedivi između te dvije skupine.



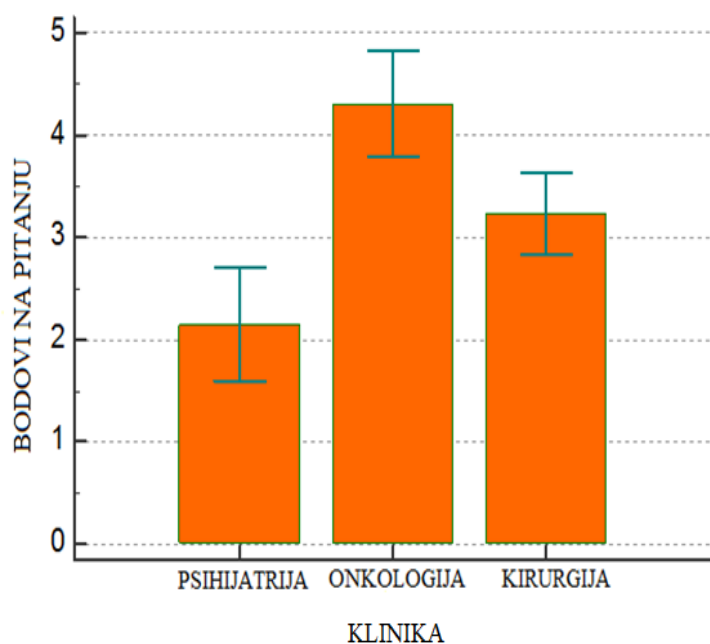
Slika 5. Medijani i pripadajući 95%-tni CI za bodove ostvarene na pitanju „*Mogu procijeniti osjećaj beznadnosti i nemoći kod svog pacijenta,*“, prikazani po klinikama.

Sa slike broj 5 se može iščitati da medicinske sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju u najvećem broju bodova smatraju kako mogu prepoznati osjećaj beznadnosti i nemoći kod svog pacijenta. Kao i u prethodnom pitanju medicinske sestre/tehničari s Klinike za kirurgiju i onkologiju imaju niži broj bodova.



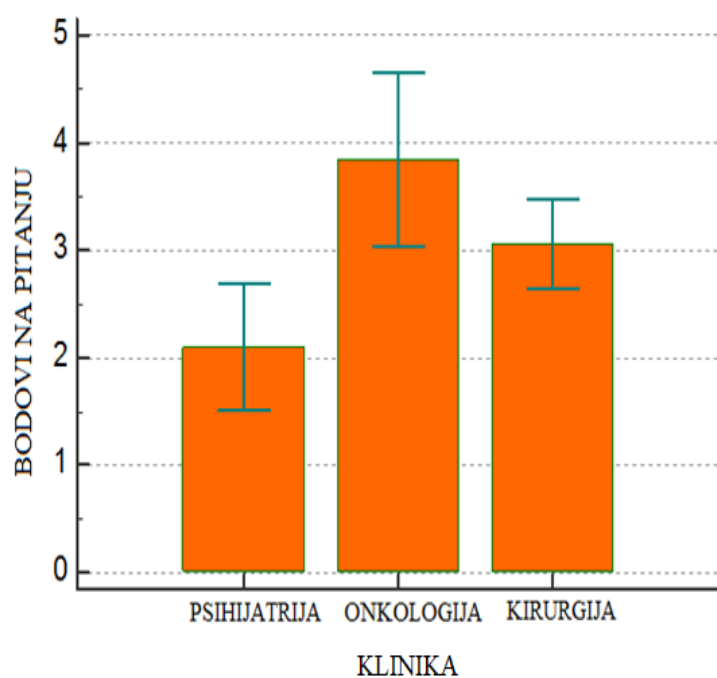
Slika 6. Medijani i odgovarajući 95%-tni CI za bodove ostvarene na pitanju „Pacijentovo emocionalno stanje ne utječe na moj rad s njim,, prikazani po klinikama.

Ostvareni bodovi na ovom pitanju ukazuju da medicinske sestre/tehničare s Klinike za kirurgiju ostvaruju značajno najmanji broj bodova, dok najviši broj bodova imaju medicinske sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju koje smatraju da emocionalno stanje pacijenta ne utječe na njihov rad.



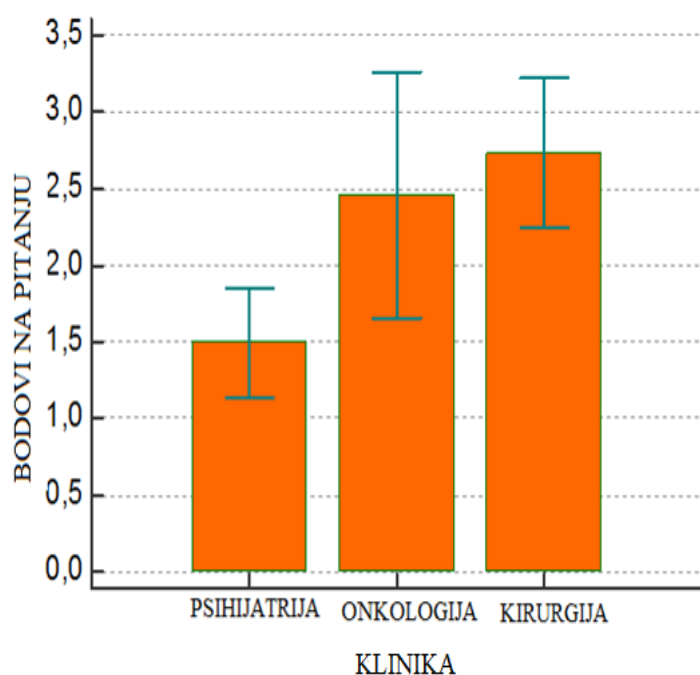
Slika 7. Medijani i pripadajući 95%-tni CI za bodove ostvarene na pitanju „*Mislim da mi dodatna edukacija nije potrebna za rad s depresivnim pacijentom,*“, prikazani po klinikama.

Iz Slike 7 vidljivo je kako su stvrđnjom „*Mislim da mi dodatna edukacija nije potrebna za rad s depresivnim pacijentom,*“, najmanje suglesne medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju koje imaju ostvaren najmanji broj bodova, te da one smatraju kako im je edukacija itekako bitna, dok se medicinske sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju najviše slažu s ovom tvrdnjom.



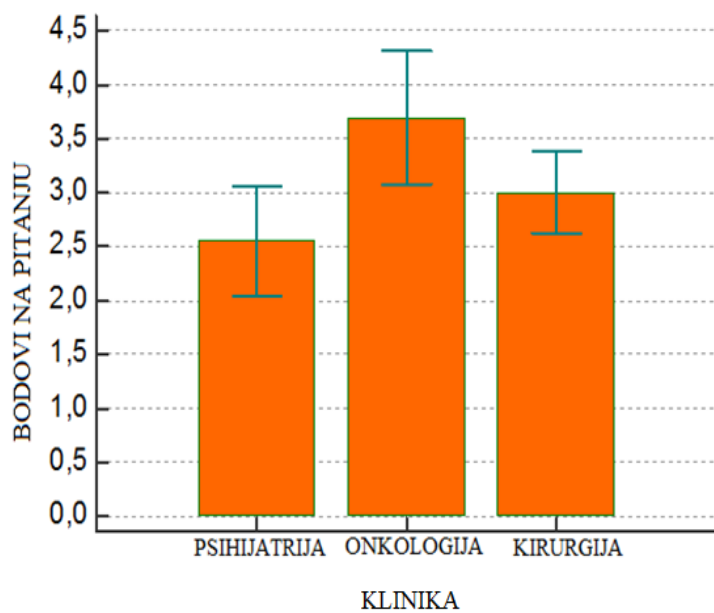
Slika 8. Medijani i odgovarajući 95%-tni CI za bodove ostvarene na pitanju „*Dodatna edukacija me ne bi naučila više no što trenutno znam,*”, prikazani po klinikama.

Najveći broj bodova na ovom pitanju ostvarile su medicinske sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju smatrajući kako ih dodatna edukacija ne bi naučila više no što trenutno znaju. S ovom tvrdnjom najmanje se slažu medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju.



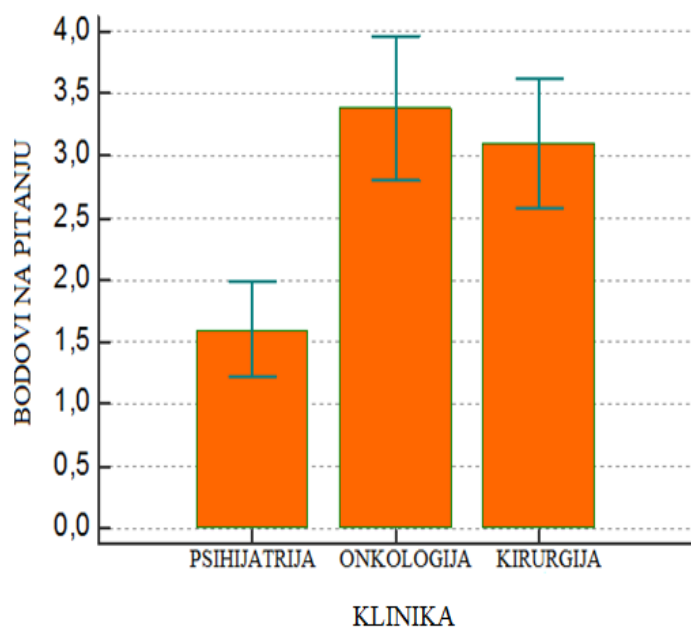
Slika 9. Medijani i pripadajući 95%-tni CI za bodove ostvarene na pitanju „*Smatram da su bolesnici s dijagnozom depresije isključivo „psihijatrijski problem“ i ja o tome ne trebam baš posebno znati,*“, prikazani po klinikama.

Medicinske sestre/tehničari s Klinike za kirurgiju odgovorili su na ovu česticu s najvišim brojem bodova, dok se najmanje slažu medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju.



Slika 10. Medijani i pripadajući 95%-tni CI za bodovi ostvarene na pitanju „Znam o depresiji sasvim dovoljno. Taman koliko je to potrebno,, prikazani po klinikama.

Sa slike 10 možemo zaključiti da se s ovom tvrdnjom najviše slažu medicinske sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju, a najmanje medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju koje smatraju da bi im dobro došlo i dodatno znanje o depresiji.



Slika 11. Medijani i pripadajući 95%-tni CI za bodove ostvarene na pitanju „*O depresivnom pacijentu bi trebao skrbiti liječnik, ne medicinska sestra,*“, prikazani po klinikama.

Ono što je značajno za ovu tvrdnju je ostvareni rezultat medicinskih sestara/tehničara s s Klinike za psihijatriju, čiji je broj bodova daleko manji od ostale dvije klinike, što ukazuje na njihovo neslaganje s ovom tvrdnjom, dok se medicinske sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju slažu u najvećem broju odgovora.

U tablici 4 usporedili smo stavove ispitanika s obzirom na trenutni stupanj obrazovanja, gdje je za svaku česticu navedena P- vrijednost. Nije dobiven ni jedan statistički značajan rezultat iz čega vidimo kako ne postoji značajna razlika u stavovima između skupina.

Tablica 4. Usporedba stavova ispitanika s obzirom na trenutni stupanj obrazovanja

	Tvrđnja	P- vrijed nost	
Samoprocjena komunikacijskih vještina	1. Lako razvijam empatiju prema pacijentu	0,801	
	2. Pacijenti mi se rado povjeravaju o svojim problemima	0,373	
	3. Lako izražavam svoje osjećaje	0,505	
	4. U dobrim sam odnosima sa svojim radnim kolegama	0,093	
	5. Lako uvjerim prijatelja da nema razloga za brigu	0,365	
	6. Uvijek pokušavam ublažiti negativne, a povećati negativne osjećaje i razmišljanja	0,511	
	7. Pozitivna sam i vedra osoba	0,138	
	8. Mogu zadržati pozitivna razmišljanja, čak i u negativnoj situaciji	0,822	
	9. Lako podnosim stres na poslu	0,826	
	10. Konflikt s kolegom ne dovodi u pitanje kvalitetu rada s pacijentom o kojem skrbim	0,517	
	11. Uvijek imam vremena za razgovor s pacijentom ukoliko je njemu to potrebno	0,433	
	12. Rado razgovaram sa svojim pacijentima	0,862	
	13. Prema izrazu lica mogu prepoznati tuđe osjećaje	0,973	
	14. Primijetim ako netko pokušava prikriti svoje osjećaje	0,929	
	15. Mogu procijeniti nečije emocije ako ga promatram kroz neko vrijeme	0,875	
	16. Mogu procijeniti osjećaj nemoći i beznadnosti svog pacijenta	0,718	
	17. Smatram da mogu dobro procijeniti tuđe emocije	0,557	
	18. Lako prepoznam loše raspoloženje svojih pacijenata	0,559	
	24. Nije mi teško porazgovarati s pacijentom o njegovim problemima	0,837	
	25. Pacijentovo emocionalno stanje ne utječe na moj rad s njim	0,524	
	Stavovi o radu s depresivnim pacijentom	19. Mislim da mi dodatna edukacija nije potrebna za rad s depresivnim pacijentom	0,628
		20. Dodatna edukacija me ne bi naučila više no što trenutno znam	0,749

21. Smatram da su bolesnici s dijagnozom depresije isključivo „psihijatrijski problem“ i ja o tome ne trebam baš posebno znati	0,790
22. Znam o depresiji sasvim dovoljno, taman koliko je potrebno	0,382
23. O depresivnom pacijentu bi trebao skrbiti liječnik, ne medicinska sestra	0,333

5. RASPRAVA

Studija nije pokazala da je trenutni stupanj izobrazbe anketiranih medicinskih sestara/tehničara povezan sa samoprocijenjenim znanjem o komunikacijskim vještinama niti sa stavovima u radu s depresivnim pacijentom. S druge strane, navedeno znanje i stavovi bili su značajno povezani s radnim mjestom ispitanika.

Medicinske sestre/tehničari su sve ispitivane komunikacijske vještine procijenili visoko. Na ljestvici od 1 – 5, ocjene su bile nešto ispod ili iznad četvorke.

Glede tvrdnji „*Pacijenti mi se rado povjeravaju o svojim problemima,*“, „*Lako izražavam svoje osjećaje,*“, „*Mogu procijeniti osjećaj beznadnosti i nemoći kod svog pacijenta,*“ i „*Pacijentovo emocionalno stanje ne utječe na moj rad s njim,*“, najpozitivnije odgovore su imale medicinske sestre/tehničari zaposleni na Klinici za onkologiju i radioterapiju. Kako zbrinjavanje i zdravstvena njega onkološkog bolesnika podrazumijeva sestrinsku brigu u svakom pogledu; razumijevanje pacijentovih emocija, poštivanje pacijentovih želja i odluka, ispunjavanje socijalnih, duhovnih i emocionalnih potreba takav rezultat nije neočekivan (20). No osim naučenog profesionalnog pristupa poslu postoji i niz drugih čimbenika koji mogu dovesti do ovakvog rezultata. Primjerice, mogući razlog je taj što su onkološki pacijenti po svojoj dijagnozi najteža skupina pacijenata koja zahtijeva dugotrajno liječenje i dužu hospitalizaciju, pa su samim time u dugotrajnijem kontaktu s medicinskim osobljem. Takav kontakt daje priliku za češći razgovor i u nekim slučajevima stvaranje gotovo „obiteljskog ozračja“ u kojem je lakše pričati o problemima.

Nadalje, radeći godinama na vrlo specifičnom i teškom odjelu, medicinske sestre se konstantno susreću sa teškim situacijama uslijed čega imaju jače izraženu potrebu da dijele svoje osjećaje s drugima kao i da olakšaju drugima da i oni iskažu svoje emocije. Naime, pacijenti na tom odjelu često osjećaju cijeli spektar emocija počevši od tuge i bijesa, pa do osjećaja beznada i bespomoćnosti zbog spoznaje da imaju malignu bolest. Suočeni s takvom situacijom bolesnici često ili plaču ili se povlače u sebe, a medicinske sestre osjećaju potrebu da im olakšaju.

Iako se naizgled čini da odgovori na pitanje „*Pacijentovo emocionalno stanje ne utječe na moj rad s njim,*“, ne podržavaju ovakvo tumačenje rezultata jer sugeriraju da na

sestre/tehničare s Klinike za onkologiju i radioterapiju ne utječe emocionalno stanje pacijenta, moram istaknuti da su iskazivanje emocija i suosjećanje različiti psihološki procesi od procesa ograđivanja od tuđih emocija.

Svakodnevni susreti s emocionalno teškim situacijama pacijenata, ali ne samo njih nego i njihovih obitelji često dovode do preispitivanja vlastitih osjećaja pa i razmišljanja o životu i smrti. Preveliko zalaženje u „bolesnikov svijet“ može medicinsko osoblje uvući u zamku i dovesti do sagorijevanja na poslu („burn out-a“) pa medicinske sestre/tehničari moraju naučiti tijekom školovanja kako se zaštititi od utjecaja tuđih emocija na njihove vlastite, a da pritom budu dovoljno empatične i pomognu pacijentu da iskaže svoje emocije i strahove (21).

U pogledu gore navedenih tvrdnji mora se istaknuti da medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju također smatraju da im se njihovi pacijenti rado povjeravaju. Može se pretpostaviti da se i u slučaju psihijatrijskih bolesnika između medicinske sestre i pacijenta također stvara terapijski odnos. Medicinske sestre/tehničari u ovom slučaju kao da poprimaju liječnički način odnošenja prema pacijentu, gdje su razgovor i povjeravanje među glavnim terapijskim čimbenicima.

Medicinske sestre/tehničari s Klinike za kirurgiju se pak, najmanje slažu s ovim tvrdnjama. Pretpostavljamo da su medicinske sestre/tehničari na ovoj klinici gdje je posao dinamičan i brz, usmjerene uglavnom na skrb bolesnika s organskom, a ne duševnom bolesti te stoga ne razmišljaju o bolesnikovoj psihološkoj sferi.

No, potrebno je istaknuti da samoprocijenjeno znanje o komunikacijskim vještinama nije nužno i pokazatelj stvarnog znanja budući da nemamo informacija o tome kako pacijenti vrednuju njihovo znanje.

U svom magistarskom radu Dijana Blažević, medicinska sestra sa Klinike za psihijatrijske bolesti u KBC-u Split koja je provela istraživanje na klinici na kojoj radi, pokazala je da medicinske sestre/tehničari procijenjuju svoje komunikacijske vještine puno boljima nego su to procijenili sami pacijenti (22).

Općenito visok stupanj slaganja ispitanika s tvrdnjama utvrđen je za sve tri klinike iako i ovdje nailazimo na značajne razlike između odjela. Najveći broj ostvarenih

bodova imamo kod medicinskih sestara sa Klinike za onkologiju i radioterapiju, dok najmanji broj bodova ostvaruju medicinske sestre/tehničari s Klinike za kirurgiju. Već opisane specifičnosti klinika, posebice vezane uz težinu bolesničkih prognoza vrlo su vjerojatno u pozadini opaženih razlika.

Medicinske sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju ostvarile su najviši broj bodova na čestici: „*Primijetim ako netko pokušava sakriti svoje osjećaje,*„ dok su rezultati medicinskih sestara s Klinike za kirurgiju i Klinike za psihijatriju bili nešto negativniji ali usporedivi. No, budući da su opažene razlike, iako statistički značajne, klinički zanemarive možemo reći da sva tri odjela ostvaruju visoki broj bodova na navedenom pitanju što bi mogli tumačiti time da zdravstveni djelatnici znaju prepoznati kakve bi emocije pacijenti stvarno trebali imati s obzirom na postojeću situaciju, a kakve emocije pokazuju.

Za razliku od ostalih tvrdnji, medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju imali su najveći broj ostvarenih bodova na tvrdnji: „*Rado razgovaram sa svojim pacijentima,*„ pa se može reći da osoblje koje radi sa psihijatrijskim bolesnicima najviše uočava važnost razgovora. Štoviše, razgovor s pacijentom jedna je od metoda liječenja na ovoj klinici. S druge strane, u skladu s ostalim zapažanjima ove studije, medicinske sestre/tehničari sa Klinike za kirurgiju su i na ovoj tvrdnji ostvarili najmanji broj bodova. Kao što je već navedeno, ubrzan način rada, velika briga oko kirurških zahvata, sestrinske dokumentacije, zbrinjavanje bolesnika i briga oko kirurške rane odvraća pažnju medicinske sestre/tehničara sa Klinike za kirurgiju od rada na emocionalnoj podršci i razgovoru sa pacijentom.

Zanimljivo je to da smo na sve čestice koje su mjerile intezitet stava o radu sa psihijatrijskim bolesnicima dobili statistički značajnu razliku između klinika.

Glede stavova o potrebi dodatne edukacije (čestice „*Mislim da mi dodatna edukacija nije potrebna za rad s depresivnim pacijentom,*„ „*Dodatna edukacija me ne bi naučila više no što trenutno znam,*„ „*Znam o depresiji sasvim dovoljno, taman koliko je potrebno,*„) interesantno je da su najmanji broj bodova, tj. najveću potrebu za dodatnom edukacijom iskazale medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju, dok je osoblje s Klinike za onkologiju i radioterapiju bilo najmanje zainteresirano za daljnje

usavršavanje u tom području skrbi. Zbog specifičnosti svog posla osoblje Klinike za psihijatriju ima više znanja o samoj depresiji od medicinskih sestara/tehničara s drugih klinika pa je svjesnije kompleksnosti same dijagnoze i skrbi za takve pacijente. Psihijatrijski bolesnici zahtijevaju mnogo razgovora, pažnje, podrške i savjeta, njihova bolest je teška i nije ju lako liječiti, zbog toga je nužno svakodnevno usvajati nova znanja. Kada je riječ o medicinskim sestrama sa Klinike za onkologiju i radioterapiju, one smatraju da im dodatno znanje nije potrebno u tolikoj mjeri koliko medicinskim sestrama/tehničarima sa Klinike za psihijatriju. Pretpostavljamo da je to zbog već opisanog fenomena ograđivanja osoblja od emocija pacijenata i izgradnje obrambenih mehanizama u radu s njima. Naime i na čestici „*Pacijentovo emocionalno stanje ne utječe na moj rad s njim*“ osoblje ove klinike ostvarilo je najveći broj bodova. Sumarno, odgovori osoblja ove klinike pokazuju da ono ocjenjuje svoje komunikacijske sposobnosti i znanja visokom ocjenom, no oni ujedno i pokazuju najveći stupanj odmaka od utjecaja bolesnikovih emocija na njih i libe se daljnjeg involviranja u bolesnikovo emocionalno stanje.

Kada je riječ o stavovima koji se konkretno odnose na pacijente sa depresijom (čestica: „*Smatram da su bolesnici s dijagnozom depresije isključivo psihijatrijski problem i ja o tome ne trebam baš posebno znati,*“) medicinske sestre/tehničare s Klinike za kirurgiju ostvarili su najveći broj bodova, dok su medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju bile najmanje suglasne s tvrdnjom. Moguće je da su medicinske sestre/tehničari s Klinike za kirurgiju nesigurne ili možda ne žele zalaziti u psihološku sferu pacijenata pa bi radije to prepustile onima koji se isključivo time bave. Ipak, takvi bolesnici se često nalaze i na njihovim odjelima. Zbog straha od operativnog zahvata bolesnici nerijetko razvijaju depresivne simptome pa bi kirurške medicinske sestre/tehničari trebali znati više o samoj dijagnozi i simptomima, ali i odgovarajućoj skrbi takvih pacijenata.

Interesantni su odgovori na česticu „*O depresivnim pacijentu bi trebao skrbiti liječnik, ne medicinska sestra*“ koji pokazuju da su zdravstveni radnici s Klinike za psihijatriju u značajno manjoj mjeri suglasni s ovom tvrdnjom od njihovih kolega s drugih odjela. Naime oni su imali gotovo dva puta manji broj bodova na ovoj čestici od ostalih. Čini se kako kod zdravstvenih radnika na klinikama koje nisu specijalizirane za

psihijatrijske bolesnike postoji težnja da se dio odgovornosti za skrb takvih pacijenata više prebace na liječnike. Medicinske sestre s Klinike za psihijatriju s druge strane imaju više znanja i iskustva u radu s takvim pacijentima pa su više senzibilizirane za rad s njima.

Vezano uz povezanost trenutnog stupnja obrazovanja i samoprocijenjenog znanja o komunikacijskim vještinama i stavova o radu s depresivnim pacijentom takva povezanost nije utvrđena, što bi ukazivalo da se stavovi medicinskih sestara/tehničara ne mijenjaju ovisno o njihovom stupnju obrazovanja. No ovdje je potrebno istaknuti da je razdioba obrazovanja bila takva da su ispitanici imali ili SSS ili VŠS dok ostale kategorije nisu opažene.

Rezultati ove studije jasno pokazuju da zdravstveni radnici većinom ocjenjuju svoje komunikacijske vještine visokom ocjenom. Nadalje, radno mjesto zdravstvenog radnika značajno je povezano sa samoprocijenjenim znanjem o komunikacijskim vještinama, pri čemu medicinske sestre/tehničari s onkologije sebe ocjenju najvišim ocjenama dok sestre s Klinike za kirurgiju kontinuirano sebi daju najlošije ocjene. Ovdje je potrebno još jednom naglasiti da u praksi može postojati odstupanje između samoprocijenjenog znanja o komunikacijskim vještinama i stvarne kvalitete tih vještina, odnosno ocjene komunikacijskih vještina zdravstvenog radnika koju bi im dali pacijenti, kao što je to i pokazala Dijana Blažević (22). Nadalje, vrsta klinike na kojoj rade značajno je povezana i sa stavovima zdravstvenih radnika o radu s depresivnim pacijentima. Očekivano, medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju najsvjesniji su kompleksnosti depresije i jako su naklonjeni ideji o dodatnoj edukaciji o radu s takvim pacijentima dok su sestre s Klinike za onkologiju u najvećoj mjeri smatrale da im takva edukacija nije potrebna. Svoje znanje o komunikacijskim vještinama jednako procjenjuju medicinske sestre/tehničari sa SSS i one koje su VŠS, a obje kategorije imale su i usporedive stavove o radu s depresivnim pacijentom.

Komunikacija, naizgled vrlo jednostavna, a u stvari poprilično složena vještina, stručna je kompetencija kojom raspolaže medicinska sestra/tehničar tijekom skrbi za svojeg bolesnika. Iznimno je važna jer nepažljivom komunikacijom možemo izazvati brojne nesporazume i probleme, neprijateljski odnos s bolesnikom, povećati njegovu anksioznost i agresivnost, te pobuditi nepovjerenje. S druge strane, dobrom

komunikacijom između bolesnika i medicinskog osoblja znatno se može olakšati prihvaćanje bolesti, liječenje kao i pružanje zdravstvene njege. Iako vlada uvriježeno mišljenje da se čovjek rađa sa sposobnošću dobre komunikacije, to je zapravo daleko od istine. Kvalitetne komunikacijske vještine mogu se i trebale bi se učiti i usavršavati tijekom cijeloga života na obostranu dobrobit, nas samih zdravstvenih djelatnika, kao i naših pacijenata (17).

6. ZAKLJUČAK

1. Istraživanje o samoprocjeni komunikacijskih vještina medicinskih sestara/tehničara sa Klinike za psihijatriju, Klinike za onkologiju i radioterapiju i Klinike za kirurgiju pokazalo je da medicinske sestre/tehničari općenito visoko ocjenjuju svoje komunikacijske vještine u radu s depresivnim pacijentima.
2. Utvrđena je značajna razlika između klinika u stavovima prema bolesniku kao i u samoprocjenjenom znanju o radu s depresivnim bolesnikom pri čemu su medicinske sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju u pravilu izražavale pozitivnije stavove i izvještavale o višoj razini znanja.
3. Nije utvrđena povezanost formalne razine obrazovanja i samoprocijenjenog znanja te stavova.
4. Iako zdravstveni radnici ocjenjuju svoje znanje komunikacijskih vještina visokom ocjenom pitanje je doživljavaju li i pacijenti te vještine jednako. Uočene razlike u samoprocjenjenim znanjima i stavovima između različitih klinika ukazuju na potrebu dodatne edukacije o radu s depresivnim pacijentima na onim klinikama koje nisu izvorno psihijatrijske.

7. LITERATURA

1. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. 2014. Dostupno na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/> (preuzeto 23. kolovoza 2017.)
2. Pejnović Franelić I. Odjel za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/odjel-za-mentalno-zdravlje-i-prevenciju-ovisnosti> (preuzeto 28. kolovoza 2017.)
3. Arbanas G. Psihijatrija. Udžbenik za 4. razred srednje medicinske škole za predmet Klinička medicina- psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga, 2008.; str. 94-95.
4. Klaić B. Rječnik stranih riječi. Zagreb: Školska knjiga, 2007.
5. Puljak A. Stigma mentalnog poremećaja. Centar za promicanje zdravlja, Služba za javno zdravstvo.
6. Corrigan P. W, River L. P, Lundin R. K, Penn D. L, Champion J, Mathisen J. et. al., Three strategies for changing attributions about severe mental illness. Schizophrenia Bulletin, 2001; 27, str. 187- 195.
7. Puljak A. Stigma mentalnog poremećaja. Centar za promicanje zdravlja, Služba za javno zdravstvo. Zagreb: Školska knjiga, 2011.
8. Prlić N. Zdravstvena njega: udžbenik za srednje medicinske škole. Zagreb: Školska knjiga, 2004.; str. 365-366
9. Medved P, Dadić Hero E, Ružić K, Tomljanović D. Rehabilitacija u psihijatriji- socioterapija. Dostupno na:

[file:///C:/Users/Luce/Downloads/Ruzic_Socioterapija_2009%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Luce/Downloads/Ruzic_Socioterapija_2009%20(1).pdf)

(preuzeto 25. kolovoza 2017.)

10. Božićević V, Brlas S, Gulin M. Dostupno na: http://www.psiholoska-komora.hr/static/banners/psihologija_u_zastiti_mentalnog_zdravlja_prirucnik.pdf (preuzeto 22. kolovoza 2017.)
11. Narodne Novine. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama; NN 111/1997
12. Trivanović D, Peharda T. Multidisciplonarni pristup onkološkim pacijentima u OB Pula. Dostupno na: [file:///C:/Users/Luce/Downloads/multidisciplinarni_pristup_onkoloskim_pacijentima_u_OB_Pula%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Luce/Downloads/multidisciplinarni_pristup_onkoloskim_pacijentima_u_OB_Pula%20(1).pdf) (preuzeto 2. rujna 2017.)
13. Pružanje psihološke pomoći onkološkim bolesnicima/ International psycho oncology training at hungarian hospice fundation. Dostupno na: https://www.palijativa.com/index.php?option=com_content&view=article&id=68:pruzanje-psiholoske-pomoci&catid=34:novosti1&Itemid=53 (preuzeto 2. rujna 2017.)
14. Hotujac V i suradnici. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 2006.
15. Prlić N. Zdravstvena njega, udžbenik za srednje medicinske škole. Zagreb: Školska knjiga. 2004.; str. 353-364
16. Psihologija i psihijatrija, članak. Dostupno na: <http://psihijatrija.blogspot.hr/2011/11/faze-zalovanja.html> (preuzeto 10. rujna 2017.)
17. Komuniciranje u zdravstvu, zbirka nastavnih tekstova. Dostupno na: http://www.unidu.hr/datoteke/172izb/Komuniciranje_u_zdravstvu_-_J._Sindik_i_M._Vuckovic_Matic.pdf (preuzeto 15. listopada 2017.)

18. Nastanak duševnih poremećaja, članak. Dostupno na:
<http://psihijatrija.blogspot.hr/2011/11/nastanak-dusevnih-poremecaja.html>
(preuzeto 30. listopada 2017.)
19. Psihofarmaci, nastavni tekst. Dostupno na:
<http://medicinar.mef.hr/assets/arhiva/psihofarmaci.pdf> (preuzeto 30. listopada 2017.)
20. Uloga emocionalne inteligencije u radu medicinskih sestara. Dostupno na:
https://bib.irb.hr/datoteka/699957.Uloga_emocionalne_inteligencije_u_radu_medicinskih_sestara.pdf (preuzeto 30. listopada 2017.)
21. Stres i posljedice stresa liječnika onkologa. Dostupno na:
file:///C:/Users/Luce/Downloads/Varjacic_i_sur_2013.pdf (preuzeto 29. listopada 2017.)
22. Blažević D. Razlika u samoprocjeni i procjeni od strane bolesnika komunikacijskih vještina medicinskih sestara u Klinici za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Split. Diplomski rad. 2014

8. SAŽETAK

Cilj: Cilj ovog rada bio je utvrditi povezanost izobrazbe medicinskih sestara/tehničara i mjesta na kojem medicinske sestre/tehničari rade sa samoprocijenjenim znanjem o komunikacijskim vještinama i stavovima u radu s depresivnim pacijentom, uz pomoć anketnih odgovora.

Metode: U studiju su uključene 63 medicinske sestre/tehničara s Klinike za onkologiju i radioterapiju, Klinike za psihijatriju i Klinike za kirurgiju KBC-a Split. Ispitanici su anketirani u razdoblju kolovoz - rujan 2017. Prikupljeni su podaci o sociodemografskim karakteristikama i stavovima ispitanika te samoprocjenama njihovih komunikacijskih vještina u radu s s depresivnim pacijentom.

Rezultati: Zdravstveni radnici većinom su ocijenili svoje komunikacijske vještine visokom ocjenom 4. Radno mjesto zdravstvenog radnika značajno je bilo povezano sa samoprocijenjenim znanjem o komunikacijskim vještinama na šest čestica ($P \leq 0.041$), pri čemu medicinske sestre/tehničari s Klinike za onkologiju i radioterapiju sebe ocjenju najvišim ocjenama dok sestre s Klinike za kirurgiju kontinuirano sebi daju najlošije ocjene. Nadalje, vrsta klinike na kojoj zdravstveni radnici rade bila je značajno povezana sa stavovima zdravstvenih radnika o radu s depresivnim pacijentima na svim ispitanim česticama ($P \leq 0.021$). Medicinske sestre/tehničari s Klinike za psihijatriju bili su najsvjesniji kompleksnosti depresije i jako naklonjeni ideji o dodatnoj edukaciji o radu s takvim pacijentima dok su sestre s Klinike za onkologiju i radioterapiju u najvećoj mjeri smatrale da im takva edukacija nije potrebna. Nije utvrđena povezanost formalne razine obrazovanja i samoprocijenjenog znanja te stavova.

Zaključak: Iako zdravstveni radnici ocjenjuju svoje znanje komunikacijskih vještina visokom ocjenom nije jasno doživljavaju li pacijenti te vještine jednako. Razlike u samoprocijenjenim znanjima i stavovima između različitih klinika ukazuju na potrebu dodatne edukacije o radu s depresivnim pacijentima na onim klinikama koje nisu izvorno psihijatrijske.

9. SUMMARY

Research aim: the main aim of this research was to examine the connection between nurses/technicians education and the places where nurses/technicians work with self-assessed knowledge on communication skills and attitudes to work with a depressed patient with the help of questionnaire responses.

Research methods: the study included 63 nurses/technicians from Oncology and Radiotherapy Clinic, Psychiatric Clinic and Surgery Clinic on Clinical Hospital Center in Split. Respondents were interviewed in the period of August to September 2017. We collected data about sociodemographic characteristics and attitudes of respondents and self-assessments of their communication skills in the work with a depressed patients.

Results: nurses and technicians rated their communication skills with a high grade of 4. The workplace of nurses/technicians was significantly connected with self-assessed knowledge of communication skills. Nurses from the Oncology and Radiotherapy Clinic evaluated themselves to the highest scores while the nurses from the Surgery Clinic continuously provided themselves with the worst grades which proves responds to 6 particles ($P \leq 0.041$).

Furthermore, the type of clinic on which nurses/technicians work was significantly associated with attitudes of their work with depressed patient on all tested particles ($P \leq 0.041$). Nurses/technicians from the Psychiatric Clinic were most aware of the complexity of depression and very fond of the idea of additional education on working with such patients while nurses from the Oncology and Radiotherapy Clinic largely thought that such education was not necessary. There was no correlation between the formal level of education and self-assessed knowledge and attitudes.

Conclusion: although nurses/technicians evaluate their knowledge of communication skills by high rating, it is not clear do the patients experience these skills equally. Differences in self-assessed knowledge and attitudes between different clinics point to the need for additional education on working with depressed patients on those non-psychiatric clinics.

10. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime:	Lucija Rinčić
Elektronička pošta:	lucija2204@gmail.com
Državljanstvo:	hrvatsko
Datum i mjesto rođenja:	22.04.1994., Split

Obrazovanje

Godina:	2009.
Mjesto:	Split, Hrvatska
Ustanova:	Zdravstvena škola Split
Zvanje:	Medicinska sestra općeg smjera

Godina:	2014.
Mjesto:	Split, Hrvatska
Ustanova:	Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, sestrinstvo
Zvanje:	

Radno iskustvo

Honorarni poslovi preko učeničkog servisa

Stručna praksa tijekom srednjoškolskog obrazovanja

Listopad 2013. - Listopad 2014.- pripravnički staž u KBC-u Split i u Dom zdravlja Solin

2015.- rad u ordinaciji obiteljske medicine Solin

2016.- rad u ordinaciji obiteljske medicine Solin

2017.- rad u ordinaciji obiteljske medicine Solin

Slobodne aktivnosti

Aktivna članica KUD-a Salona iz Solina od 2007. godine (plesaćica)

Članica ženskog vokalnog sastava KUD-a Salona od 2015. godine

Članica benda (lead vokal) od 2014. godine

Volonter na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu- (Županijska liga protiv raka, „Zdravlje je moj đir“- 2016., Svjetski dan bubrega (HUBIDB)- Solin, 2016., Udruga dijaliziranih i transplantiranih bubrežnih bolesnika (UDITB)- 2016., Volontiranje u socijalnoj samoposluzi „Solidarnost“ u Splitu- 2016., „Ditetu o ljubavi“ za djecu iz doma „Maestral“- 2016., „Ditetu o ljubavi“ za djecu iz doma „Maestral“- 2015. „Dišpetom do zdravlja“-2017., „HLK-SDŽ s partnerima, Alumni SOZS“, 2017.)

Osobne vještine i kompetencije

Aktivno poznavanje Engleskog jezika (govor, čitanje, pisanje,)

Poznavanje rada na računalu (Excel, Microsoft office Word, PoverPoint, Internet)

PRILOG 1

Poštovane kolegice i kolege,

pred Vama se nalazi upitnik kojem je cilj utvrditi utječe li stupanj obrazovanja medicinskih sestara te vrsta odjela na kojem su one zaposlene na kvalitetu rada s depresivnim pacijentom.

Sudjelovanje je anonimno, ne postoje točni i netočni odgovori. Molim Vas za Vaše iskreno mišljenje.

Rezultati rada činit će dio završnog rada pristupnice pri Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija-Split.

Zahvaljujem na Vašem vremenu i sudjelovanju!

ZAOKRUŽITE ODGOVOR:

1. Spol.

1. Žensko 2. Muško

2. Dob.

1. < 25god. 2. 25-30god. 3. 31-40god 4. 41-45god. 5. 46god. i više

3. Radite na odjelu:

1. za psihijatrijske bolesti 2. za unutrašnje bolesti

3. onkologije

4. kirurgije

5. drugo

4. U struci radim:

1. <5 god.

2. 5-10 god.
3. 10-15 god.
4. 15-20 god.
5. 20 god. I više

5. Završio/la sam srednju školu sljedećeg usmjerenja:

1. srednju medicinsku školu
2. gimnaziju
3. drugo

6. Vaš trenutni stupanj obrazovanja je:

1. ms (sss)
2. bacc. med. techn.
3. mag. med. techn.
4. ostalo (navedite): _____

Zaokružite broj uz tvrdnju koja vas najbolje opisuje:

Značenje: 1- uopće se ne slažem, 2-uglavnom se ne slažem, 3-suzdržan/a sam, 4-uglavnom se slažem, 5-u potpunosti se slažem

1. Lako razvijam empatiju prema pacijentu:

1 2 3 4 5

2. Pacijenti mi se rado povjeravaju o svojim problemima:

1 2 3 4 5

3. Lako izražavam svoje osjećaje:

1 2 3 4 5

4. U dobrim sam odnosima sa svojim radnim kolegama:

1 2 3 4 5

5. Lako uvjerim prijatelja da nema razloga za brigu:

1 2 3 4 5

6. Uvijek pokušavam ublažiti negativne, a povećati pozitivne osjećaje i razmišljanja drugih ljudi:

1 2 3 4 5

7. Pozitivna sam i vedra osoba:

1 2 3 4 5

8. Mogu zadržati pozitivna razmišljanja čak i u negativnoj situaciji:

1 2 3 4 5

9. Lako podnosim stres na poslu:

1 2 3 4 5

10. Sukob s kolegom ne dovodi u pitanje kvalitetu rada s pacijentom o kojem
skrbim:

1 2 3 4 5

11. Uvijek imam vremena za razgovor s pacijentom ukoliko je njemu to potrebno:

1 2 3 4 5

12. Rado razgovaram sa svojim pacijentima:

1 2 3 4 5

13. Prema izrazu lica mogu prepoznati tuđe osjećaje:

1 2 3 4 5

14. Primjetim ako netko pokušava prikriti svoje osjećaje:

1 2 3 4 5

15. Mogu procijeniti nečije emocije ako ga promatram kroz neko vrijeme:

1 2 3 4 5

16. Mogu procijeniti osjećaj nemoći i beznadnosti svog pacijenta:

1 2 3 4 5

17. Smatram da mogu dobro procijeniti tuđe emocije:

1 2 3 4 5

18. Lako prepoznam loše raspoloženje svojih pacijenata:

1 2 3 4 5

19. Mislim da mi dodatna edukacija nije potrebna za rad s depresivnim pacijentom:

1 2 3 4 5

20. Dodatna edukacija me ne bi naučila više no što trenutno znam:

1 2 3 4 5

21. Smatram da su bolesnici s dijagnozom depresije isključivo „psihijatrijski problem“ i ja o tome ne trebam baš posebno znati:

1 2 3 4 5

22. Znam o depresiji sasvim dovoljno, taman koliko je potrebno:

1 2 3 4 5

23. O depresivnom pacijentu bi trebao skrbiti liječnik, ne medicinska sestra:

1 2 3 4 5

24. Nije mi teško porazgovarati s pacijentom o njegovim problemima:

1 2 3 4 5

25. Pacijentovo emocionalno stanje ne utječe na moj rad s njim:

1 2 3 4 5

PRILOG 2

Lucija Rinčić

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija –Split

Sestrinstvo

Bunje 14, 321210 Solin

Mob: 095 865 6279

e-mail: lucija2204@gmail.com

ZAMOLBA

Zamolba za odobrenje provedbe znanstvenog istraživanja

Poštovani,

studentica sam treće godine sestrinstva na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu. Kako bih uspješno završila svoje školovanje te dobila diplomu potrebno je napisati završni rad, pod vodstvom moje mentorice **doc. dr. sc. Varje Đogaš, dr. med.** S obzirom da sam za isti odabrala istraživački rad potrebno mi je Vaše dopuštenje da bih provela anketiranje triju odjela u Vašoj bolnici. Moja tema usko je vezana uz zdravstvenu njegu depresivnog pacijenta. **Cilj rada je utvrditi koliko mjesto na kojem medicinske sestre rade(različite klinike i odjeli) utječu na rad s depresivnim bolesnikom, te utjecaj izobrazbe medicinskih sestara na rad s istim.** Prilikom istraživanja pristupnicima ankete biti će objašnjeno da je anketa anonimna i služi isključivo i samo u svrhu pisanja ovog završnog rada uz **povjerljivost svih podataka.** Kako bih uspješno napisala svoj završni rad potrebno je provesti anketiranje na tri odjela (kl.za kirurgiju, psihijatriju te na odjelu onkologije). Istraživanje će se provesti u skladu sa svim zakonodavnim i etičkim okvirima. (NN 108/ 1996, br.dokumenta 2091, Zakon o zaštiti i tajnosti podataka)

Uz molbu Vam prilažem i primjer ankete.

S poštovanjem,

Lucija Rinčić

PRILOG 3

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SPLIT
Klinika/Zavod/Odjel

Split,

SUGLASNOST ZA PROVOĐENJE ISTRAŽIVANJA

U Klinici/Zavodu /Odjelu

Temeljem uvida u plan istraživanja pod nazivom

.....
.....

potvrđujem mogućnost njegovog provođenja u Klinici/Zavodu Odjelu

Istraživanje će organizirati i voditi(ime, prezime).....

student(naziv Fakulteta)

u vremenu /trajanju od (dana, mjeseci)

ili zaključno do

Suglasnost se daje za potrebe ishoda odobrenja Etičkog Povjerenstva KBC Split za
provođenje istraživanja .

PREDSTOJNIK KLINIKE /Zavoda/Odjela

PRILOG 4

PODCI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA

-IME,PREZIME:

- USTANOVA ZAPOSLENJA / NAZIV FAKULTETA

ETIČKOM POVJERENSTVU
KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA

SPLIT

ZAMOLBA ZA SUGLASNOST ZA PROVOĐENJE ISTRAŽIVANJA

1. Naziv predloženog ispitivanja na hrvatskom:
2. Ispitivanje se provodi za potrebe : --izrada
3.1. Ime glavnog ispitivača, ustanova zaposlenja : L
3.2. Imena suradnika/ članova tima, ustanova zaposlenja/
4.1. Mjesto provođenja ispitivanja u KBC Split / naziv klinike i suradnih klinika KBC-a Split :
4.2. Ukoliko je organizator istraživanja/glavni ispitivač – druga ustanova/zaposlenik druge ustanove, navesti podatke o njima i priložiti odobrenje Etičkog povjerenstva ustanove koja organizira istraživanje/
5. Planirani termin početka i završetka ispitivanja:
6. Ciljevi ispitivanja:
7.1. Planirani broj ispitanika:
7.2. Kriteriji uključivanja /isključivanja :
8. Sažetak plana ispitivanja :
9. Metodologija provođenja ispitivanja : (sažeto opisati sve planirane postupke s ispitanicima/biološkim uzorcima/dokumentacijom)

10. Izjava o načinu zaštite / poštivanju propisa o zaštiti osobnih podataka :

Prilozi zamolbi :

- Obrazac Informiranog pristanka** za ispitanike ukoliko sudjeluju u istraživanju koji sadrži: -obavijest ispitanicima o istraživanju s pozivom za sudjelovanje i -obrazac za suglasnost ispitanika
- ukoliko se istraživanje provodi putem ankete priložiti i obrazac anketnog upitnika
- cjeloviti plan istraživanja s datumom i potpisom ispitivača

FINANCIJSKI PLAN :

podaci o troškovima ispitivanja i izvoru financiranja

- A. Nema troškova
(npr.pregled medicinske dokumentacije, ankete i sl.)
- B. Planirani postupci istraživanja sastavni su dio standardne skrbi
(nema dodatnih troškova za KBC Split)
 - svi postupci
 - dio postupaka
- C. Plan ispitivanja uključuje sljedeće postupke izvan standardne skrbi:
(navesti postupke)

Navesti izvor financiranja postupaka izvan standardne skrbi:

- Sredstva KBC Split osigurana godišnjim financijskim planom za istraživanja
- donacija (podaci o donaciji)
- iz sredstava projekta (podaci o projektu)
- zajednički projekt KBC-a Split i suradnih ustanova
(priložiti Sporazum /prijedlog sporazuma o provedbi projekta)
- Sredstva Naručitelja istraživanja
(priložiti primjerak ugovora/prijedloga ugovora))
- vlastita sredstva ispitivača
(priložiti sporazum / prijedlog sporazuma s KBC Split)
- drugo (obrazložiti)

Glavni Ispitivač /student _____

Mentor: _____

Datum : _____